

さい帯血 提供用書類の ご記入ガイド



- ボールペン等ではっきりとご記入下さい。



- **記入漏れ**や**あいまいな記述**などがあると、後日確認のお手紙を郵送させていただくため、再度お手数をお掛けすることになってしまいます。

ご提出前に確認をお願い致します。



- 質問に「はい」と回答した場合、状況や内容についてさい帯血バンクで詳細を確認し、移植用として適しているかどうかの判定を行います。
必ずしもご提供いただけないわけではありません。

他にもご不明な点がありましたら
スタッフまでお問い合わせ下さい



同意書のご記入例

様式-採取2 (版数7)

さい帯血提供の同意書

日本赤十字社北海道ブロック血液センター 所長
(日本赤十字社北海道さい帯血バンク)

私はさい帯血バンクの必要性、さい帯血採取の安全性、およびプライバシーが保護されることについて、別紙説明文書により以下の説明を受けました。

さい帯血の提供に関すること

- 分娩に際してさい帯血を提供すること。さい帯血は、さい帯を切り離した後、さい帯と胎盤に残っている血液を採取するため、分娩の経過に全く影響はなく母児共に痛みはないこと。万が一、分娩中に何らかの問題が生じた場合は、母児の安全を最優先すること。
さい帯血提供後の管理や使用についてはさい帯血バンクに一任し、その所有権およびその他の権利は放棄すること。
- さい帯血は検査、調製保存を経て、匿名化したうえで国内外の造血幹細胞移植に使用されること。移植に使用されたさい帯血に関する情報は、移植に関する情報の一部として統計や研究に用いられること。研究成果に基づく知的財産権は成果を上げた研究者に帰属すること。
- 血液検査のために、出産前後に私が採血されること。検査項目とその結果について私が希望する場合には通知を受けられること。
- さい帯血移植のための組織適合性検査において遺伝子検査を用いること。また、さい帯血移植の成績向上を目的とした遺伝子検査をする可能性があること。
- 問診票の記入に応じ、私および新生児の病歴、家族歴、問診、健康状態等の情報を提供すること。また、診療録の閲覧を許可すること。
- 出産後4ヶ月を経過した段階での新生児および私の健康状態についての情報を提供すること。
- 移植または研究に利用しない、あるいは健康調査票を返送するまでに同意を撤回した場合、さい帯血は廃棄されること。いかなる場合も返却はされないこと。
- 提供に同意しても、諸般の事情によりさい帯血が採取および保存されない場合があること。
- さい帯血の提供は自由意思によるもので、同意書の提出後も健康調査票を返送するまではその同意を撤回できること。撤回しても私の不利益にはならないこと。また、さい帯血を提供しても利益を生じないこと。
- さい帯血の一部を、日本赤十字社が行う血液事業（血液型検査や不規則抗体検査等）に利用する場合があること。

個人情報の取扱いについて

- 提供した個人情報は、個人情報保護法および臍(さい)帯血バンク個人情報保護方針等に基づき適切に管理され、目的の達成に必要な範囲で利用されること。

さい帯血の研究利用に関すること (研究利用については赤ちゃんの代諾者となります)

- さい帯血は、細胞等を用いた研究に利用または外部研究機関へ提供される場合もあること。また、研究者から研究内容について説明を行う必要があるときには、さい帯血バンクから連絡する場合があること。研究成果に基づく知的財産権は成果を上げた研究者等に帰属すること。
- 研究利用に関する同意は自由意思によるもので、同意した後に撤回すること。同意は撤回することができ、撤回しても私の不利益にはならないこと。

ご出産日より前の
日付をご記入下さい

私は上記内容を十分理解し、「さい帯血の提供に関すること」と「個人情報の取扱いについて」に同意します。

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

フリガナ
署名

サイタイ ハナコ
さい帯 花子

また、「さい帯血の研究利用に関すること」に 同意します 同意しません

血液検査の結果の通知」を 希望します 希望しません

12,13を読んで
ご回答下さい

(それぞれについて、当てはまる方に☑を記入して下さい。)

(さい帯血の提供を希望される場合、「さい帯血の提供に関すること」と「個人情報の取扱いについて」の同意が必須です。)

【署名欄】お母さまご自身でご記入ください

現住所(連絡先) : 〒 063 - 0802 札幌市西区二十四軒2条1丁目1-20 さい帯マンション 201号

TEL(自宅) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 e-mail: 〇〇〇〇〇〇@.〇〇〇.jp

*半年後の連絡先が現住所から変更になる場合は以下にご記入ください。(更に住所が変更になりましたら、さい帯血バンクにご一報ください。)

〒 -

ご住所の変更が決定されている
場合はこちらもご記入下さい。

【採取医療機関記入欄】

説明者氏名

採取医療機関名

家族歴調査票のご記入例

家族歴調査票

安全なさい帯血移植を実施するために伺います。

明らかでない場合は、空いているスペースに状況をご記入ください

「赤ちゃん」に対するご家族についてお聞きしています

ご家族の中に次の病気をお持ちの方がいますか
明らかな場合には「はい」に○をして下さい。

		赤ちゃんの					
		母親	父親	兄・姉	祖父母	おじおば	曾祖父母
1	赤血球の病気	鎌状赤血球症、サラセミア、球状赤血球症、橢円赤血球症、ファンconi貧血、G6PD 他赤血球酵素異常、ポルフィリン症、ダイヤモンドブラックファン症候群等					
	白血球の病気および免疫不全症	重症複合免疫不全、慢性肉芽腫症、低ガンマグロブリン血症、ネゼロフ症候群、ウイスコット-アルドリッチ症候群、ディジョージ症候群、PNP 欠損症、ADA 欠損症、毛細血管拡張性運動失調症等					
	血小板の病気	はい	はい	はい	はい	はい	はい
		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
				該当なし		該当なし	
	代謝の病気	テイ-サ、ゴーシ、レッシ、ロイコ					
	その他	遺伝性疾患、クロイツフェルト-ヤコブ病および類縁疾患					
2	悪性腫瘍に罹患したことがある、又は現在罹患している	はい	はい	はい	はい	はい	はい
		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
	「はい」の場合、その悪性腫瘍が「家族性」または「遺伝性」と診断された	はい	はい	はい	はい	はい	はい
		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
3	白血病や悪性リンパ腫などの造血器腫瘍、再生不良性貧血などの造血不全に罹患したことがある、又は現在罹患している	はい					
		いいえ					
4	慢性疾患(インスリン依存性糖尿病、内分泌疾患、神経疾患、膠原病等)に罹患したことがある、又は現在罹患している	はい	「はい」で使用薬剤がある場合はご記入ください				
		いいえ					

「該当なし」とは一人っ子であるなど対象の方がいない場合です。「該当なし」の場合は、下枠の回答は不要です

「はい」と回答された場合はご記入下さい

上記で「はい」に○をした部分について書いて下さい。

病名、治療時期、現在の状況など

おじ: 球状赤血球症 12年前に他界
祖父: 大腸がん通院中
祖母: 8年前に乳がん 再発なし

記入年月日 ○○○○年 ○○月 ○○日 ご記入者署名: **さい帯 花子**

お母さまご本人のご署名をお願いいたします



記入漏れや不明瞭な記述などがありますと、確認のお手紙を郵送させていただくため、再度お手数料をお掛けすることになってしまいます。ご提出前に確認をお願い致します。



問診票のご記入例

問診票

(問診票、家)

「はい」の場合は、
こちらにも
ご記入ください

この問診票は、より安全なさい帯血移植を行うために皆様方の出産前の健康状態について伺うものです。
質問ごとに「いいえ」「はい」の該当する方に○をつけてください。不明な点はさい帯血バンクまでお尋ね下さい。

質問事項	回答	（「はい」の場合は、こちらにもお答えください）									
1 出産前 3日以内 に、以下に該当することがあった ・ 出血を伴う歯科治療(抜歯、歯石除去等)を受けた ・ 薬を飲んだり、注射を受けた	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	薬の名前を教えてください (マグミット)									
2 出産前 1週間以内 に、発熱、下痢等の体調不良があった	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい										
3 出産前 3週間以内 に、はしか(麻疹)、風疹、おたふくかぜ、帯状ほしん、水ぼうそうに罹った	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい										
4 出産前 4週間以内 に、海外から帰国(入国)した。	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい										
5 出産前 1カ月以内 に、以下のどれかに該当することがあった ・ 発熱を伴う食中毒様の激しい下痢があった ・ 家族や職場・学校で、肝炎やリンゴ病(伝染性紅斑)になった人がいる ・ デング熱に罹った	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい										
6 出産前 6カ月以内 に、以下のどれかに該当することがあった ア 伝染性単核症、リンゴ病(伝染性紅斑)に罹った イ 使用後の注射針を誤って自分に刺した ウ 肝炎ウイルス持続感染者(キャリア)と性的接触等親密な接触があった エ アスホールを開けた、又はいれずみ(タトゥー)をした オ 特定の異性又は新たな異性と性的接触を持った カ 薬、覚醒剤を使用した	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	該当する項目の記号(ア～キ)を教えてください () (エ)のピアスホールを開けたに該当する場合は、以下について教えてください いつ頃でしたか。(年 月頃) 開けた部位 () 該当するものに○をつけてください () 医療機関で開けた () 医療機関以外で開けた → () 器具を他人と共有した () 器具を他人と共有していない (自分専用の器具を使った) () その他()									
7 出産前 1年以内 に、以下のどれかに該当することがあった ア 外傷、肝臓病、腎臓病、糖尿病、結核、性病、ぜん息、アレルギー疾患に罹った、または手術をした イ 予防接種を受けた	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	疾患名、または手術の内容を教えてください (ぜんそく) 現在の状態を教えてください (服薬中、シムビコート)									
8 今まで に、以下のどれかに該当することがあった ア 輸血(自己血を除く)や臓器または角膜の移植を受けた イ 1997年(平成9年)以前にヒト由来硬膜移植を伴う脳外科手術を受けた ウ 1995年(平成7年)以前にヒト由来成長ホルモンの注射を受けた エ 乾せん治療薬(チガソン)、ヒト由来ブラセンタ注射薬(ラエンネック・メルスモン)を使用した オ 自分自身または血縁者がクローンツェルト-ヤコブ病(CJD)もしくはその類縁疾患と診断された カ B型肝炎、がん(悪性腫瘍)、血液疾患、心臓病、脳卒中、てんかん、C型肝炎、梅毒、マラリア、バベシア症、シャーガス病、リーシュマニア症、アフリカトリパノソーマ症のいずれかに罹ったことがある キ エイズ検査(HIV検査)の結果が陽性だった ク あなた(児の母)または、あなたの母が中南米諸国・メキシコで生まれた、または育った	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	該当する項目の記号(ア～ク)を教えてください () カに該当する場合は、疾患名も教えてください ()									
9 今までの海外渡航歴 について、以下のいずれかに該当するものがある ・ 出産前 1年以内 にヨーロッパ、米国、カナダ以外の外国に滞在した ・ 出産前 4年以内 にヨーロッパ、米国、カナダ以外の外国に1年以上滞在した ・ イギリスに1980年(昭和55年)～1996年(平成8年)の間に通算31日以上滞在した ・ ヨーロッパ(英国も含む)・サウジアラビアに1980年(昭和55年)以降、通算6カ月以上滞在した ・ 中南米諸国・メキシコに連続4週間以上滞在した ・ 海外滞在中にマラリアを思わせる症状があった	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	下の表に滞在先等を記入してください。 (スペースが足りない場合は裏面に記入してください。)									
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>国名) タイ</td> <td>都市・地域) バンコク</td> <td>期間) 0000年00月頃 0000年00月頃</td> </tr> <tr> <td>国名)</td> <td>都市・地域)</td> <td>期間) 年 月頃 ~ 年 月頃</td> </tr> <tr> <td>国名)</td> <td>都市・地域)</td> <td>期間) 年 月頃 ~ 年 月頃</td> </tr> </tbody> </table>			国名) タイ	都市・地域) バンコク	期間) 0000 年 00 月頃 0000 年 00 月頃	国名)	都市・地域)	期間) 年 月頃 ~ 年 月頃	国名)	都市・地域)	期間) 年 月頃 ~ 年 月頃
国名) タイ	都市・地域) バンコク	期間) 0000 年 00 月頃 0000 年 00 月頃									
国名)	都市・地域)	期間) 年 月頃 ~ 年 月頃									
国名)	都市・地域)	期間) 年 月頃 ~ 年 月頃									

質問はそれぞれ
期間を限定して
います

「献血」では
ありません

完治・経過観察中
・使用中の薬など
の状況をご記入
ください。

(後日、さい帯血バンクより回答内容について確認させていただく場合があります。)

お母さまご本人のご署名をお願いいたします

記入年月日 **0000**年 **00**月 **00**日 : 署名 **さい帯 花子**
(出産日以降の日付をご記入ください。)

出産日以降の日付をご記入下さい

ご記入ありがとうございました

